

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

THÈSE

563

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BERGEAULT

né le 7 mai 1908, à TOURS (Indre-et-Loire)

DE LA

DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC

DE CERTAINS KYSTES VOLUMINEUX DE L'OVAIRE
COEXISTANTS AVEC LA GROSSESSE

Président : M. BRINDEAU, PROFESSEUR

PARIS

IMPRIMERIE PAUL DUPONT

4, RUE DU BOULOI, 4

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551414_0076

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BERGEAULT

né le 7 mai 1908, à TOURS (Indre-et-Loire)

DE LA

DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC

DE CERTAINS KYSTES VOLUMINEUX DE L'OVAIRE
COEXISTANTS AVEC LA GROSSESSE

Président : M. BRINDEAU, PROFESSEUR

PARIS

IMPRIMERIE PAUL DUPONT

4, RUE DU BOULOI, 4

1934



LE DOYEN. G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD (Étienne). Pathologie médicale.
 BOULIN. Pathologie médicale.
 BROcq. Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD. Mistologie.
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 FEY. Urologie.
 GALLIARD. Parasitologie.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 GIROUD. Histologie.
 HAGUENEAU. Pathologie médicale.
 HALPHEN. Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HUGUENIN. Anatomie pathologique.
 JOANNON. Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME. Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.

MM.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE. Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN. Pathologie médicale.
 OBERLING. Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÈNÈQUE. Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER. Pathologie expérimentale.
 TURPIN. Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VIGNES. Obstétrique.
 WILMOTH. Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.
 ALGLAVE. Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET. Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.
 LEROUX. Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHIRAY.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.

Clinique.
médicale.

MM.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique
obstétricale.

MM.
 BASSET.
 CADENAT.
 HEITZ-BOYER.
 MOCQUOT.
 MOURE.
 SCHWARTZ.

Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé. Éducation physique.
 FREY. Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD. Radiologie clinique.
 WEIL-HALLÉ. Puériculture.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Hommage de ma respectueuse reconnaissance
pour l'honneur qu'il m'a fait
en acceptant de présider cette thèse.*

A MES MAÎTRES

A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

A L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE TOURS

A LA MAISON MATERNELLE NATIONALE DE SAINT-MAURICE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRIAND

MÉDECIN-CHEF DE LA MAISON MATERNELLE NATIONALE.

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,
Hommage de ma profonde
et affectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TROUVÉ

DIRECTEUR DE LA MAISON MATERNELLE NATIONALE

INTRODUCTION

L'éminente thèse d'agrégation de RÉMY en 1886 rassemblait les observations, groupait les théories jusque-là éparses et constituait ainsi le premier ouvrage important donnant un aperçu d'ensemble sur les kystes de l'ovaire et la grossesse.

Depuis les ouvrages se sont multipliés tant en France qu'à l'étranger, notamment en Angleterre, en Amérique et en Allemagne.

Ils ont en vue surtout les complications qu'amènent le kyste ovarien au cours de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches.

Que ces kystes soient abdominaux ou pelviens.

Soit les complications des kystes déclanchés par la grossesse.

L'étude de la dystocie que crée une telle tumeur a été particulièrement mise au point dans les thèses de ALVRES PINTO en 1919, de Suzanne LÉVY et de BERNARD en 1920. De même que sont à l'heure actuelle bien précisées les indications thérapeutiques.

Cette question comporte donc, on le conçoit, de multiples problèmes, et c'est l'un de ceux-ci que nous voudrions traiter; laissant de côté le travail d'ensemble pour nous en tenir à un point de vue très particulier : « De la difficulté du diagnostic de certains kystes volumineux de l'ovaire coexistant avec la grossesse. »

En effet si, comme nous le montrerons, la coexistence de kyste ovarien et de la grossesse peut être d'un diagnostic facile, lorsque dans un abdomen volumineux chacune de ces tumeurs se présente avec ses signes propres, que la grossesse peut être affirmée et que derrière elle on trouve un kyste typique, il est des cas néanmoins, relativement rares heureusement, où le praticien se trouve dans un réel embarras. Ce sont ceux-ci qui importent.

Nous nous efforcerons donc de montrer sous quels aspects se présentent ces deux tumeurs coexistantes, le kyste ovarique et l'utérus gravide, et les erreurs de diagnostic qu'elles peuvent entraîner même parmi les meilleurs cliniciens.

Nous rappellerons la nécessité d'un diagnostic précoce en vue d'une thérapeutique appropriée.

Enfin et surtout les services que viennent nous rendre actuellement les réactions biologiques de la grossesse, notamment la réaction d'INGLAIS.

Cette étude d'un point de vue particulier restreint beaucoup cette vaste question de kyste et grossesse, c'est pourquoi ne rentrent pas dans notre sujet l'étude dystocique des kystes ovariens pendant la grossesse, pendant le travail; l'étude des kystes pelviens.

Ainsi délimité, nous diviserons le sujet en trois chapitres après quelques généralités.

Chapitre I. — La grossesse peut être méconnue.

Chapitre II. — Le kyste ovarien peut être méconnu.

Chapitre III. — On a reconnu l'utérus gravide coexistant avec une tumeur; mais on se méprend sur la véritable nature de cette tumeur.

GÉNÉRALITÉS

Les kystes volumineux de l'ovaire coexistant avec la grossesse sont relativement peu fréquents. D'après les statistiques de TARNIER reprises par TREUB il y aurait 1 grossesse compliquée de kyste pour 2.500. Cette statistique comprend l'ensemble des cas; si l'on songe que les petits kystes et les kystes pelviens sont de beaucoup les plus fréquents, on conçoit que les kystes volumineux sont rares.

Dans la majorité des cas publiés, les kystes pré-existaient à la grossesse; peut-être est-ce là, d'ailleurs, la cause de la rareté de la coexistence, car si le kyste de l'ovaire n'empêche pas la grossesse, du moins la rend-il moins fréquente, et si le diagnostic est fait au cours de celle-ci, souvent l'interrogatoire apprendra que le début réel était bien antérieur, alors que le début apparent ne s'est manifesté qu'au moment de la puerpéralité.

Ce qui d'ailleurs n'a rien d'étonnant, étant donné l'accroissement rapide du kyste que provoque la grossesse.

En effet, si certains auteurs comme PÉAN, TREUB ont nié l'influence de la grossesse sur l'évolution du kyste ovarique, celle-ci n'en est pas moins réelle et prouvée par la plus grande partie des auteurs apportant à l'appui de nombreuses observations. RÉMY, déjà en 1886, résumant les opinions de la majorité, écrivait : « *Les opinions sont partagées,*

mais, en règle générale, le kyste, surtout la forme végétante, subit une augmentation rapide. » Il cite un cas typique de Gross; celui-ci ayant examiné une femme avant d'être enceinte lui avait trouvé « l'ovaire un peu gros »; dès le début de sa grossesse le kyste a subi une augmentation rapide et au 4^e mois elle avait un volumineux kyste de l'ovaire.

Les observations de ce genre sont nombreuses à l'heure actuelle et l'influence de la grossesse sur le kyste ovarien n'est plus niée maintenant. Il n'y a pas de doute, en effet, que la grossesse donne « un coup de fouet » à l'évolution du kyste, et, tel qui était auparavant de moyen volume, subit dans ces conditions une augmentation rapide et devient l'un de ces kystes volumineux qui nous occupent. En général, cet accroissement subit se fait au 4^e ou 5^e mois de la grossesse.

Le développement de la masse kystique, trop à l'étroit dans la cavité pelvienne, se fait vers l'abdomen. Ils reposent sur le détroit supérieur et sur les fosses iliaques, et, si des adhérences trop serrées de ces kystes n'empêchent pas l'utérus de s'élever au-dessus du détroit supérieur, ils se laissent déplacer par lui, se logeant dans la cavité abdominale, l'utérus gravide d'un côté, le kyste ovarien de l'autre.

A ce propos, ils affectent des rapports différents entre eux — tantôt les 2 tumeurs sont accolées par une de leurs faces latérales et un sillon vertical les sépare.

Tantôt le kyste se développe derrière l'utérus gravide, le repousse en avant, le déborde en arrière et en haut, et le sillon de séparation est longitudinal.

Enfin le kyste peut être enroulé autour de l'utérus, se plaçant également devant lui, et l'éloigne de la paroi abdominale; il est dans ces conditions impossible, en général, de délimiter les deux tumeurs, par disparition du sillon de séparation.

* * *

Avant d'aborder le sujet même de la difficulté du diagnostic, il nous paraît nécessaire d'exposer le cas typique de diagnostic facile qui nous permettra en même temps d'esquisser les signes propres du kyste ovarien et de la grossesse.

La plupart du temps, il s'agit d'une femme qui vient consulter parce qu'à la suite d'un arrêt des règles datant de plusieurs mois, elle s'est aperçue que le volume de son abdomen a augmenté de façon anormale, beaucoup plus vite que lors des grossesses précédentes. Elle ne souffre pas, mais la sensation de pesanteur, de tiraillement dans la région inguinale, dans les reins qu'elle éprouve, l'incommodent, auxquelles s'ajoutent une gêne respiratoire après le repas, manque de souffle au moindre effort; constipation, difficulté d'uriner. Bref, bien qu'étant certaine de la date de ses règles, elle se demande si par une erreur elle ne serait pas arrivée au terme de sa grossesse.

A l'examen, on est frappé et par l'augmentation anormale du volume de l'abdomen et par son irrégularité.

Souvent même à l'inspection, on voit, en plus de la forme bosselée de l'abdomen, un *sillon* déprimant la paroi dans le sens longitudinal qui laisse prévoir

la coexistence de 2 tumeurs dont l'une est l'utérus gravide; lorsque celui-ci se contracte, le sillon est plus accentué.

A la palpation, on arrive à mobiliser les 2 tumeurs, chacune pour leur compte, elles sont donc indépendantes l'une de l'autre, indépendantes de la paroi abdominale, indépendantes des organes sus-jacents et postérieurs.

Le palper prolongé montre un caractère important, l'une de ces tumeurs est animée de contractions indolores, intermittentes. C'est un élément de diagnostic important. Entre ces contractions, les parois de l'utérus se laissent déprimer, et permettent de percevoir son contenu, le fœtus, sa tête, les petites parties, le pôle pelvien, le dos.

Enfin *l'auscultation* des bruits du cœur fœtal, en ayant soin de prendre le pouls de la mère, donne la certitude de la grossesse.

La deuxième tumeur présente au palper des signes différents. Elle ne se contracte pas sous la main, sa consistante est souvent inégale; tantôt dépressible sur toute son étendue donnant alors une sensation nette de fluctuation; tantôt dure, résistante en imposant pour une masse homogène et compacte. Parfois on sent des saillies globuleuses dues au cloisonnement; fait à retenir, car on verra que ces saillies ont pu être prises pour des petites parties foetales.

A l'auscultation, pas de bruits du cœur, mais un souffle isochrone du pouls maternel.

A la percussion, matité à convexité supérieure, très peu mobile avec les déplacements de la malade.

Ces signes différents pour les deux tumeurs per-

mettent de faire le diagnostic de la coexistence de kyste de l'ovaire et grossesse.

Le toucher ne donne que peu de renseignements, la tumeur ne donnant pas de prolongements dans le petit bassin — le col est ramolli, il est dévié du côté de la tumeur kystique, celle-ci déportant l'utérus gravide du côté opposé, enfin on sent le ballottement vaginal.

En résumé :

Arrêt des règles.

Augmentation rapide du volume de l'abdomen.

A l'examen, 2 tumeurs séparées par un sillon, l'une animée de contractions dans laquelle on sent le fœtus avec ses caractéristiques, l'autre non contractile, mate, fluctuante.

Le diagnostic est facile.

CHAPITRE PREMIER

La grossesse peut-être méconnue.

De ces 2 tumeurs coexistantes, l'une peut être prédominante, masquer la seconde qui, elle, ne se manifeste que par des signes minimes. On croit à une seule tumeur.

Et c'est ainsi que la grossesse peut être méconnue.

Cette erreur peut être commise dans plusieurs conditions :

Lorsque le kyste volumineux est placé devant l'utérus, la grossesse est à son début.

L'abdomen est distendu par une tumeur remontant bien au-dessus de l'ombilic; ou bien il bombe en avant, ou bien étale latéralement les flancs.

L'ombilic est déplissé, il peut exister au niveau de la paroi abdominale des réseaux veineux de circulation collatérale.

A la percussion, matité à limite supérieure convexe, peu mobile lorsque la malade passe du décubitus latéral gauche au droit.

A la palpation, fluctuation nette.

En somme, tous les signes d'un kyste de l'ovaire. La recherche de l'utérus gravide est négative; il est, en effet, entièrement recouvert par ce kyste; le palper de ce fait en est rendu impossible.

L'auscultation ne donne aucun signe fœtal, sinon un souffle qu'il est fréquent de rencontrer dans les kystes de l'ovaire.

L'interrogatoire de la malade fournit bien comme renseignements : l'arrêt des règles, les nausées, les vomissements, tous signes que l'on peut facilement rapporter à un kyste ovarique. D'autre part, la femme ne perçoit pas les mouvements du fœtus, les parties fœtales étant éloignées de la paroi abdominale, qui, en général, peut permettre à la femme de les sentir.

Les autres signes de présomption de grossesse, pigmentation des seins, écoulement de colostrum, ramollissement du col utérin, prennent alors de la valeur; mais il faut bien savoir d'abord que le col est souvent rendu inaccessible; que d'autre part le kyste peut lui-même déterminer le ramollissement du col et l'écoulement du colostrum.

Une grossesse plus avancée peut encore être méconnue en cas de mort du fœtus.

La disparition de tout signe de grossesse rend alors le diagnostic particulièrement délicat.

Ou encore en cas de kyste extrêmement volumineux.

distendant la paroi abdominale au point que tout palper devient impossible, on ne peut même déprimer la paroi. Le col est inaccessible; on a toutes chances de commettre l'erreur si toutefois on n'a pas songé à la possibilité d'un utérus gravide, évoluant derrière cette énorme masse kystique.

Dans plusieurs observations le diagnostic n'a pu être affirmé que par ponction du kyste, qui, le réduisant à un petit volume, a permis de percevoir nettement l'utérus gravide.

Nous citerons ici 4 observations, venant illustrer cette méconnaissance de la grossesse au cours du kyste ovarien.

OBSERVATION I. — HEYDENREICH, cité par RÉMY.

Résumé : Kyste de l'ovaire devant un utérus gravide de 6 à 7 mois et le masquant complètement; la grossesse n'a été reconnue qu'après ponction.

« Femme âgée de 32 ans, ayant eu une grossesse terminée par un accouchement spontané à terme. Après l'accouchement, on découvre un kyste de l'ovaire dont une première ponction retire 25 litres et une deuxième 10 litres, l'augmentation avait été progressive, et il avait atteint des dimensions énormes.

8 ponctions ont été faites en 18 mois.

Le 5 mars, cette femme se présente à l'hôpital pour y être ponctionnée de nouveau.

Son ventre paraît distendu par une tumeur qui remonte bien au-dessus de l'ombilic et qui a tous les caractères d'un kyste de l'ovaire uniloculaire. La sensation de flot est des plus nettes dans la tumeur. La malade a eu ses règles pour la dernière fois au mois d'août, mais elle n'a, du reste, éprouvé aucun autre phénomène que ceux qu'elle éprouve depuis des années.

Le 6 mars, M. HEYDENREICH pratique une ponction sur la ligne blanche entre l'ombilic et la symphyse du pubis, la ponction donne 4 litres de liquide couleur chocolat.

A mesure que le liquide s'écoule, la poche se vide, laisse apparaître derrière elle une tumeur contre la paroi antérieure de laquelle elle se trouve appliquée en demi-sphère.

Cette tumeur a l'aspect d'un utérus gravide de 6 à 7 mois ;

la malade, pressée de questions, avoue alors que depuis 2 mois elle sent remuer dans le ventre peut-être plus vivement qu'elle n'avait senti avant ses ponctions précédentes. Du reste, le col de l'utérus est mou et laisse pénétrer par son orifice externe la dernière phalange de l'index, l'orifice interne est fermé, l'aréole du mamelon est fortement pigmentée et la pression du mamelon fait sourdre un liquide laiteux.

L'auscultation de la tumeur fait entendre un bruit de souffle isochrone aux battements du poulx. De peur de nuire à la malade, M. HEYDENREICH ne pousse pas plus loin l'examen de la malade ce jour-là. Le lendemain, l'existence d'une grossesse est confirmée par la perception très nette des mouvements du fœtus. D'ailleurs, ces mouvements sont également accusés par la femme. Quant à l'auscultation, elle fait toujours entendre le bruit de souffle, mais les battements du cœur du fœtus ne sont perçus nettement par aucune des personnes présentes. Le résultat négatif est peut-être dû à la présence des parois du kyste de l'ovaire en avant de l'utérus gravide.

Malgré les recommandations formelles, la malade a quitté l'hôpital le surlendemain où la ponction a été pratiquée. »

Il s'agissait donc ici d'une grossesse avancée, ayant jusqu'au 7^e mois été méconnue.

Dans l'observation suivante, la grossesse n'a été méconnue qu'à son début, dans les deux premiers mois; plus tard après ponction le diagnostic fut fait.

OBSERVATION II. — Professeur HERGOTT, cité par RÉMY.

« Femme âgée de 35 ans, pluripare, entre le 25 février à la maternité de Nancy. »

Bien réglée antérieurement, enceinte pour la troisième fois, première grossesse à 28 ans, deuxième à 31 ans.

Vers le 12 mai de l'année précédente, cette femme a eu ses dernières règles, mais bien qu'elle éprouvât les mêmes malaises qu'au début de ses autres grossesses, vomissements, gastralgies, elle les attribue à une tumeur qu'elle a dans l'abdomen.

En effet, depuis l'âge de 20 ans, elle a constaté un développement anormal de son ventre lui donnant de l'oppression au moindre effort.

Elle était venue à l'hôpital au mois de juillet, on lui avait fait une ponction évacuante 10 litres environ, malgré cela l'augmentation de volume persiste quoique moins régulière que précédemment.

Au-dessus de la symphyse on voyait une tumeur arrondie, nettement délimitée par un sillon, formé par la dépression abdominale qui séparait cette première tumeur d'une deuxième tumeur plus volumineuse et plus molle, située au-dessus de la première.

A la fin de septembre, elle perçut des mouvements comparables à ceux qu'elle avait perçus dans ses grossesses antérieures.

Sans nul doute elle était enceinte et ses règles n'avaient, pour cette raison pas reparu, et non à cause de la tumeur.

Donc en juillet, la grossesse étant encore récente avait passé inaperçue quand on avait pratiqué la ponction évacuatrice.

L'existence de la grossesse étant reconnue, on attend l'accouchement pour intervenir sur le kyste.

A son entrée à la Maternité, augmentation considérable de l'abdomen avec dépression linéaire transversale à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic.

De profil, abdomen fortement projeté en avant, surtout à la partie inférieure, de plus, nettement séparée par le sillon susdit en deux étages.

Au palper, ce sillon correspond à la limite du fond utérin, qui est de forme régulière.

Au-dessus du pubis on sent la tête, au niveau du fond utérin le siège.

Au toucher, col en arrière, ramolli, mais pas d'autre tumeur dans l'excavation que la tête coiffée du segment inférieur.

A la palpation, on sent une tumeur molle dépressible, mal limitée, donnant nettement l'impression de fluctuation.

A la percussion, matité se prolongeant dans les flancs, non mobile avec les mouvements.

L'accouchement et la délivrance furent normaux, après quoi le kyste vient s'étaler de chaque côté du ventre. On sent toujours l'utérus revenu sur lui-même et séparé par un sillon. »

Dans l'observation suivante, l'utérus gravide ne fut reconnu qu'après une laparatomie pour extirper un kyste de l'ovaire.

OBSERVATION III (résumée, publiée par SPENCER WELLS dans *Medical Times and Gazette*).

« Chez cette malade, qui était âgée de 32 ans et mère de 7 enfants, je ne soupçonnais pas la grossesse, mais une fois l'abdomen ouvert, je découvris l'utérus fortement hypertrophié et dévié à gauche.

Du côté droit se trouvait un kyste du poids de 12 kilos. Dans l'utérus était une grossesse de 6 mois. »

Il est donc facile de méconnaître la grossesse, lorsque ses signes de présomption n'étant pas évidents, le volumineux kyste ovarien empêche tout examen physique qui permettrait d'acquiescer les signes de certitude.

RÉMY disait que, après la ponction du kyste, il était possible de percevoir l'utérus gravide.

A l'heure actuelle, cette pratique est rejetée dans la majorité des cas, et ce n'est souvent qu'à la suite d'une laparatomie exploratrice que l'on trouve l'utérus gravide.

Même dans ces cas des erreurs ont pu être commises. témoin cette observation de SPENCER WELLS.

OBSERVATION IV. (*Résumée.*)

« Chez cette malade j'avais entièrement méconnu la grossesse et après avoir extirpé un kyste adhérent, multiloculaire du poids de 13 kilos, je m'étais trouvé en face d'une tumeur que j'avais prise pour un kyste de l'ovaire droit et que j'avais ponctionné; c'était l'utérus gravide.

* * *

Cette erreur de diagnostic qui consiste à méconnaître la grossesse et qui est si facile à faire en présence de semblables cas a pourtant une grande importance.

D'abord pour le choix du traitement.

Il est en effet admis, si l'on en croit ALVRES PINTO, dans sa thèse de 1920, que le kyste de l'ovaire compliquant une grossesse au début doit toujours être opéré.

C'est une règle qui avait été formulée par le professeur PINARD, lequel l'étendait à tous les âges de la grossesse.

Actuellement, il est admis qu'avant le 5^e mois l'ovariotomie est le traitement de choix.

Le nombre des avortements causés par l'intervention, d'après les statistiques n'est pas supérieur à celui que cause la présence du kyste ovarien, et il y a intérêt à tenter de faire mener à bien la grossesse et d'éviter ainsi le risque des complications graves que la présence d'une telle tumeur peut créer, tant au point de vue dystocique qu'au point de vue des complications kystiques, torsion, hémorragie intra-kystique, rupture du kyste, etc.

Après le 5^e mois, l'expectation est de règle, car

l'enfant « *est irrémédiablement compromis par l'intervention* » (ALVRE PINTO). On doit donc attendre, bien entendu si les troubles causés par le kyste ne sont pas importants au point d'être obligé d'intervenir, le voisinage du terme pour pratiquer l'ovariotomie et l'opération césarienne.

On conçoit donc que, si le diagnostic a été fait au début l'intervention s'impose, et que, au contraire, si on opère un kyste coexistant avec une grossesse de plus de 5 mois que l'on a méconnue, on risque de provoquer un accouchement prématuré.

Cette dernière circonstance d'ailleurs peut avoir des conséquences médico-légales; et le praticien n'est pas à l'abri des reproches que l'on peut lui faire d'avoir méconnu la grossesse.

Le problème est donc complexe.

D'une part, la difficulté réelle du diagnostic.

D'autre part les conséquences thérapeutiques découlant d'un diagnostic exact.

Autrefois on proposait la ponction du kyste ovarique qui permettait ensuite de percevoir l'utérus gravide.

Actuellement, nous possédons un moyen sûr de diagnostic, dont la réponse est exacte dans 99 0/0 des cas, les réactions biologiques de la grossesse, notamment la réaction d'ASCHEIM-ZONDECK, modifiée par INGLAIS.

Sans entrer dans les détails qui seraient hors du sujet, disons simplement que l'urine d'une femme enceinte injectée à la souris femelle impubère provoque une congestion des ovaires avec ovulation.

Cette réaction, d'une grande sûreté, va donc pouvoir résoudre la question que l'on doit se poser devant

un kyste volumineux de l'ovaire, de la coexistence d'une grossesse; et par suite, si la réaction est positive, que les règles soient arrêtées depuis plusieurs mois, on pourra donc, à coup sûr, attribuer ce phénomène à la gestation et non au kyste.

On conçoit donc les réels services que dans ces cas vient apporter cette précieuse réaction.

Nous citerons ici une observation qu'à eu l'obligeance de nous communiquer le Dr DUCAL et parue en résumé dans *La Gynécologie*.

OBSERVATION V.

Kyste du parovaire.

Masse molle arrondie paraissant faire partie de l'utérus.

Le diagnostic est hésitant, soit grossesse angulaire ou annexité kystique ou kyste de l'ovaire.

Réaction d'ASCHEIM négative qui montre qu'il n'y a pas de grossesse en évolution et permet de faire un examen au lipiodol.

Examen radiographique au lipiodol, cavité utérine normale, trompe droite altérée vers la gauche en faisant une courbe régulière, diagnostic rectifié.

Il s'agit d'un kyste, à l'intervention en effet tumeur kystique.

CHAPITRE II

Le kyste de l'ovaire peut-être méconnu.

Nous avons vu précédemment que, lorsque le volume de l'abdomen en imposait pour une seule tumeur, les signes de kyste de l'ovaire étant au premier plan, ceux de la grossesse discutables, dans ces conditions, la grossesse avait pu être méconnue.

Le diagnostic n'est pas moins difficile, lorsque les phénomènes inverses se produisent; on croit toujours à une seule tumeur, mais les signes de grossesse sont au premier plan. ceux du kyste ovarique passent inaperçus.

On fait le diagnostic de grossesse, on méconnaît le kyste de l'ovaire.

a) Dans des cas assez rares, le kyste empruntant sa symptomatologie à la grossesse a pu faire croire à une gestation;

b) Beaucoup plus souvent, les signes de grossesse étant indéniables, la coexistence du kyste distend l'abdomen et l'on songe à une grossesse avec hydramnios;

c) Enfin on a pu dans certains cas songer à une grossesse gémellaire avec ou sans hydropisie d'un œuf.

* * *

a) Tout d'abord, les signes de grossesse paraissent évidents, l'arrêt des règles date de plusieurs mois; la femme a vu son ventre augmenter progressivement de volume; elle a été prise au début, de vomissements, de nausées, de tous ces phénomènes sympathiques qui, chez la malade elle-même, lui font supposer son état.

A la *palpation* on sent une tumeur ovoïde, et, si il s'agit d'un kyste multiloculaire, les irrégularités de celui-ci peuvent en imposer pour les petites parties fœtales.

La *percussion* montre la matité à limite supérieure convexe, peu mobile lorsque la malade passe du décubitus latéral droit au gauche.

A l'*auscultation* on perçoit un souffle.

Le *toucher* peut montrer un col ramolli.

L'ensemble de ces signes imposerait le diagnostic de grossesse.

Cette erreur, cependant, est plus facile à éviter par un examen minutieux, au besoin après avoir mis la malade en observation. D'ailleurs elle ne résiste pas à l'épreuve de l'évolution qui, naturellement, ne permet plus de se baser sur aucun signe de certitude.

D'ailleurs en cas de doute, les réactions biologiques de la grossesse viendraient apporter un résultat négatif important.

Les conséquences chirurgicales de cette erreur de diagnostic ne sont pas graves; néanmoins les conséquences psychiques et morales peuvent avoir à

entrer en ligne de compte, tant pour la femme que pour le médecin.

Si les erreurs de diagnostic en faveur de la grossesse ont pu être faites au début de celle-ci, le kyste de l'ovaire a pu quelquefois en imposer pour une grossesse plus avancée. Nous n'en voulons pour témoin que l'observation suivante.

OBSERVATION VI.

M^{lle} T..., âgée de 18 ans, avait, en 1927, remarqué une augmentation rapide du volume de son ventre. Ses règles étaient disparues depuis 4 mois. Inquiète de ces symptômes, bien que très mal réglée antérieurement, elle consulte son médecin traitant qui pense à une grossesse.

Devant les dénégations énergiques de cette jeune fille qui était sûre de ne pas être enceinte, il l'examine de nouveau avec un confrère appelé en consultation. Ce dernier est affirmatif, il s'agit d'une grossesse. Peu satisfaite de ces conclusions, la malade demande l'avis d'un troisième médecin, celui-ci est persuadé que cette femme est enceinte. Découragée de voir qu'on ne tenait pas compte de ses affirmations, d'autre part sur l'instigation de ses parents qui finissaient par se ranger à l'avis des médecins, elle vient à Paris consulter un quatrième médecin. Celui-ci est formel, il s'agit bien en effet d'une grossesse de 5 mois, d'ailleurs, dit-il, « les signes d'auscultation ne permettent pas d'en douter ».

C'est alors qu'elle vient consulter à Paris dans le service de M. le Professeur J.-L. FAURE où, après un examen minutieux, le diagnostic de kyste de l'ovaire est fait.

L'examen en effet montrait :

A *la palpation* une tumeur remontant jusqu'au dessus de l'ombilic.

L'*auscultation* au niveau du kyste ovarien révélait un souffle.

Au *toucher*, gêné par un hymen circulaire, on sentait

une petite tumeur en bas et à gauche qui était l'utérus non gravide.

A l'intervention, faite le 26 janvier 1927, on constate un kyste volumineux de l'ovaire droit et à gauche l'utérus de volume et de consistance normaux.

Les erreurs de ce genre sont rares, elles ne résistent pas à un examen minutieux, d'où la nécessité de se baser sur les signes de certitude pour affirmer la grossesse; à ce propos notons l'intérêt qu'il y a à toujours prendre le pouls maternel en auscultant les bruits du cœur fœtal, on évitera ainsi de croire à des battements cardiaques fœtaux alors qu'il ne s'agit en réalité que d'une tachycardie émotive.

* * *

Beaucoup plus difficile à éviter, beaucoup plus fréquente est l'erreur consistant à prendre une grossesse compliquée de kyste volumineux, pour une grossesse avec hydramnios.

Le problème se pose de la façon suivante :

Une femme vient consulter, se sachant enceinte depuis 3 ou 4 mois, amenorrhée, phénomènes sympathiques, augmentation de volume de l'abdomen, puis, brusquement, accroissement rapide du volume du ventre.

A l'examen, abdomen volumineux, aux parois tendues, on ne décèle pas à l'inspection les 2 tumeurs; la palpation difficile à cause de la distension montre la fluctuation. On a l'impression que le ventre est rempli de liquide.

En déprimant fortement la paroi, on sent dans la profondeur une tumeur dure, mobile;

Devant l'évidence des signes de grossesse, devant la rapidité de l'augmentation de volume chez une femme enceinte de 4 mois, on pense de suite à l'hydramnios.

Cette erreur a pu amener certains auteurs à ponctionner l'utérus gravide (BRODIER, KYLL, HIOD en relatent des cas). D'autrefois on a été amené à pratiquer l'accouchement prématuré devant les symptômes alarmants provoqués par la distension énorme de l'abdomen.

Nous ne pouvons mieux citer à l'appui de ces cas que celui publié par M. Guéniot dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1872 dont nous relatons ici l'observation.

OBSERVATION VII.

Kyste multiloculaire de l'ovaire compliquant une grossesse. (*Gaz. Hôpit.*, 30 sept. 1872.)

Il s'agit d'un volumineux kyste de l'ovaire compliquant une grossesse de 5 mois. Ce fait est particulièrement instructif par les caractères insolites qu'il a présenté et par l'erreur de diagnostic qui s'en est suivi, erreur d'ailleurs presque inévitable.

La femme dont il s'agit est âgée de 36 ans, mère de 3 enfants. Antérieurement bien réglée, dernières règles au mois de mars.

Au mois d'août son ventre ayant acquis un volume et un poids considérables, ne lui permettait pas de se mouvoir librement; elle vient réclamer notre assistance à la clinique. D'après ses dires, ce n'est que vers le courant de mai, lorsque la grossesse eut atteint 2 mois et demi, que son abdomen prit tout d'un coup un développement inusité. Jusque-là tout s'était passé normalement et jamais il n'y avait eu le moindre indice d'une tumeur dans son ventre.

Dès l'entrée de cette femme on peut constater que son abdomen est plus volumineux que ne le comportait même une grossesse à terme, les parois du ventre étaient lisses, tendues, ne se laissant pas déprimer.

Au palper on percevait sur presque toute leur étendue une sensation de flot particulière aux grandes collections de liquide, la matité ne se déplaçait pas quelque position que l'on fit prendre à la femme.

Au toucher on sentait à travers le cul-de-sac antérieur du vagin la présence d'un corps solide que l'impulsion au doigt faisait balloter avec facilité, c'était le fœtus flottant dans une quantité surabondante de liquide.

Ce symptôme joint au développement rapide de l'abdomen et aux renseignements de la malade qui affirmait avoir eu le ventre tout à fait normal avant sa grossesse, faisait poser le diagnostic de grossesse avec hydramnios.

Aucun symptôme d'ailleurs ne commandait une intervention quelconque. Malgré le volume du ventre, il n'existait que fort peu d'oppression, la malade ne se sentait gênée dans la respiration que dans le décubitus horizontal, les fonctions digestives restaient en excellent état.

Pendant les journées du 12 et 13 août elle ressentit à diverses reprises des douleurs qui disparaissaient dès qu'elle prenait le lit, mais le 14, à 1 heure du matin, après quelques contractions utérines, les membranes de l'œuf se rompirent brusquement, pendant les efforts de défécation. La quantité de liquide amniotique qui s'écoula fut ainsi évaluée à 1 l. 1/2 environ, et cette évacuation fut suivie d'une perte de 300 grammes de sang.

Le volume du ventre n'en fut pas diminué et la palpation montrait comme auparavant l'existence dans sa cavité d'une vaste poche fluctuante. S'agissait-il bien encore d'une hydramnios?

Sans renoncer au premier diagnostic qui paraissait solidement établi, il semblait probable qu'il existait 2 œufs et que les membranes de l'un seul s'étaient rompues, la collection liquide devait rester dans l'autre dont les enveloppes restaient jusque-là intactes.

Cependant il fallut bientôt renoncer à cette hypothèse d'une grossesse gémellaire de même qu'au premier diagnostic; l'accouchement terminé on cherche vainement l'apparition d'une seconde poche fœtale à l'orifice utérin. Aucun corps dans la cavité utérine.

Quels étaient donc le siège et la nature de la collection liquide qui remplissait l'abdomen? Les parois de celui-ci ayant perdu leur tension et la main pouvant les déprimer facilement pour explorer la tumeur il fut facile de constater dans celle-ci des corps durs, irréguliers, très peu mobiles, qui occupaient un point de la périphérie, et qui, à n'en pas douter, étaient formées par des masses fibrokystiques.

Il s'agissait d'un kyste multiloculaire.

L'accouchement terminé normalement a donné issue à un enfant du poids de 600 grammes.

Dans cette observation quels sont donc les signes qui ont donné le change?

D'une part nous obtenions par le toucher vaginal un ballotement facile et très marqué du fœtus, d'autre part la malade ne faisait remonter le développement de son ventre qu'au troisième mois de la grossesse. Enfin ce développement avait offert une rapidité tout à fait insolite, puisqu'en moins de 3 mois elle avait atteint de grosses proportions (1 m. 15 de circonférence). Ce sont donc autant de particularités qui caractérisent l'hydramnios.

Le kyste étalé dans l'abdomen recouvrait de toutes parts la matrice, et rendait cet organe inaccessible à la palpation suspubienne et ne donnait que la sensation uniforme de tension élastique, ne permettant pas de sentir les saillies dures et inégales que l'on a pu constater lors de son extirpation.

Telles sont les différentes causes de notre erreur : d'une part des signes positifs d'hydramnios, d'autre part absence de signes caractéristiques de kyste ovarien.

Cette erreur mérite d'autant plus d'être signalée que DEPAUL, CHANTREUIL et SAYRE l'ont également commise.

OBSERVATION VIII.

TARNIER, cité par RÉMY.

Femme F..., entrée à la Maternité en mai 1888; a déjà eu 6 accouchements normaux.

En ce qui concerne la dernière grossesse, elle ne put donner de renseignements valables sur la date de ses dernières règles, cette grossesse fut troublée par des nausées, vomissements importants rachialgie, somnolence, puis augmentation rapide du volume de son ventre. A l'examen, volume exagéré de son abdomen qui fait croire à une hydramnios.

Le travail se déclanche, pour soulager la malade qui se plaignait de dyspnée intense, on rompt les membranes, le travail fut très long et nécessita une extraction podalique, l'enfant pesait 1.120 grammes, ayant l'aspect d'un fœtus de 7 mois environ.

Après l'accouchement l'abdomen n'étant pas revenu à son volume normal, on fait une ponction suivie ultérieurement de 3 autres. Peu de temps après la malade meurt, à l'autopsie, tumeur kystique volumineuse de l'ovaire.

OBSERVATION IX, publiée par RUGE (résumée).

Femme enceinte portant un énorme kyste de l'ovaire, avait eu un accouchement normal 8 ans auparavant; à sa grossesse actuelle, malaise, constipation, palpitations, dyspnée, dilatation veineuse, l'abdomen est énorme, distendu.

On fait le diagnostic d'hydramnios et pour soulager la malade devant ses signes d'oppression, on veut faire l'accouchement prématuré, la femme s'y refusé et accouche normalement et presque à terme.

OBSERVATION X, publiée par BERNARD (thèse PARIS, 1919.

M^{me} N. J..., 27 ans, domestique, réglée à 15 ans normalement. Primipare, gestation actuelle D. R., 15-

20 juillet 1919. Cette femme a présenté des vomissements fréquents au début de sa grossesse et une hémorragie légère fin novembre, vers le quatrième mois.

Elle entre à Baudelocque le 4 avril, à cause du volume exagéré de son ventre qui est étalé en ventre de Batracien. On n'a pas fait le diagnostic du kyste ovarique, mais le D. était orienté vers l'hydramnios avec possibilité de gestation gémellaire, on ne perçoit nettement qu'un fœtus en présentation céphalique, tête élevée. Elle accouche spontanément le 3 mai après 17 heures de travail. Après l'accouchement, l'utérus se rétracte normalement, il remonte à 20 centimètres au-dessus du pubis, le ventre reste gros et étalé. A la percussion on trouve une zone de matité dans la fosse iliaque gauche, surmontée d'une zone de sonorité au-dessus de l'ombilic. On délimite une tumeur molle, indolore, renittente, paraissant liquide. État général bon. Après l'accouchement hémorragie intra-kystique, ovariectomie, suivie de mort.

* * *

A ces observations viendraient s'en ajouter de nombreuses autres montrant toutes également l'erreur presque inévitable du diagnostic.

En effet la symptomatologie de l'hydramnios et celle de grossesse compliquée de kyste ovarien est très voisine, lorsque le kyste, sous l'influence de la grossesse, s'est accru de façon subite et rapide.

Si nous résumons le tableau de l'hydramnios, nous voyons que bien peu de signes nous permettent de les distinguer.

Abdomen volumineux, disproportion exagérée entre ce volume et l'âge de la grossesse.

Trouble de compression, sensation de flot.

Le fœtus paraît plus mobile qu'à l'état normal; le ballottement est facile.

Que l'on prenne l'utérus gravide, ballottant au milieu de la masse kystique placée devant lui, pour le fœtus, l'erreur est faite, et rendue plus facile encore lorsque, dans l'hydramnios, la quantité de liquide devenue considérable, la palpation du fœtus est devenue difficile.

Le meilleur signe distinctif en est encore fourni par la recherche des contractions utérines, nécessitant parfois un palper prolongé, des examens répétés; malheureusement cette recherche est souvent délicate et les résultats fournis sont peu probants.

La recherche des différentes parties fœtales seraient évidemment le meilleur signe; nous avons vu que lorsque la quantité de liquide était importante le fœtus devenait extrêmement difficile à percevoir.

Le diagnostic est encore plus délicat lorsqu'il s'agit de faire la discrimination entre une hydramniosaique et un kyste à évolution rapide. En cas d'hydramnios aiguë, l'évolution est beaucoup plus rapide; néanmoins lorsque les troubles de compression au maximum imposent une intervention, on peut être fort embarrassé sur la conduite à tenir.

Les conséquences opératoires, en effet, sont importantes lorsqu'il y a lieu d'intervenir, et la méconnaissance du kyste expose à rompre prématurément les membranes, à provoquer un accouchement prématuré pour soulager la malade de l'excès de liquide que l'on s'attendait à trouver.

* * *

c) Le diagnostic est encore difficile avec une grossesse gémellaire, avec ou sans hydropisie d'un œuf, et nous avons vu dans l'observation VII que le diagnostic d'hydramnios ayant été éliminé on avait alors pensé à une grossesse gémellaire avec hydropisie d'un œuf.

CHAPITRE III

La grossesse est reconnue, on a fait également le diagnostic d'une tumeur coexistante, mais on se méprend sur la nature de cette tumeur.

Ainsi lorsque dans cet abdomen volumineux l'une des 2 tumeurs coexistantes, le kyste ovarien et l'utérus gravide, se manifeste au premier plan, et que la seconde ne présente que des signes minimes, et discutables, on risque de méconnaître soit la grossesse, soit le kyste.

Dans une autre série de cas, la grossesse est évidente, on reconnaît à côté d'elle une tumeur.

Mais on se méprend sur la véritable nature de cette tumeur.

Le kyste peut être pris pour une ascite.

Le kyste de l'ovaire, au lieu de se présenter comme une tumeur globuleuse, ovoïde, lorsque son liquide est sous forte tension dans les membranes kystiques; à limite supérieure convexe, et peu mobile lorsque la malade se déplace d'un côté sur l'autre, peut être au contraire étalé dans l'abdomen; flasque.

C'est souvent le fait de kystes volumineux, à quantité importante de liquide.

Il sagit en général d'une femme dont la grossesse est manifeste. Plus ou moins bien réglée antérieurement. Elle avait avant d'être enceinte, le « ventre un peu gros ».

Vers le 4^e ou le 5^e mois son ventre a grossi dans des proportions importantes. Et l'on trouve à l'examen à ce moment-là :

A l'inspection. Lorsque la femme est couchée, le ventre est étalé, flasque, irrégulier.

Souvent on perçoit la saillie globuleuse de l'utérus gravide.

Lorsque la femme est debout, il bombe en avant surtout à sa partie inférieure.

L'ombilic est déplissé; souvent la paroi abdominale est sillonnée d'un réseau veineux de circulation collatérale.

On constate en outre fréquemment de l'œdème des membres inférieurs.

La palpation. Outre qu'elle montre l'utérus gravide, avec ses caractères, notamment les contractions indolentes, permet de percevoir nettement la présence de liquide dans l'abdomen, la sensation de fluctuation est en effet des plus nettes.

A la percussion, matité étendue sur une large zone. Dans les conditions où nous sommes, cette matité s'étend dans les flancs, contrairement à ce qui se passe lorsque le liquide kystique est sous tension dans les membranes.

Cette matité est à limite supérieure concave; et souvent, ce qui rend le diagnostic extrêmement difficile, elle est mobile avec les mouvements que fait la malade.

On pense donc à une ascite libre dans le péritoine venant compliquer la grossesse.

La méprise peut être si grande, que dans certains cas, ainsi que nous le verrons dans l'observation suivante, le diagnostic de kyste de l'ovaire a été éliminé en faveur de l'ascite.

OBSERVATION XI. (1) (Communiquée par M. le Professeur BRINDEAU).

M^{me} P..., 26 ans, infirmière, vient consulter pour augmentation anormale du volume du ventre. Elle a un enfant âgé de 16 mois bien portant. Elle est enceinte à nouveau d'environ 4 mois. Les antécédents ne présentent rien de particulier à noter. Au cours de sa première grossesse, elle a présenté vers le 7^e mois une augmentation assez rapide du volume du ventre. Elle termina cependant sa grossesse et put accoucher spontanément sans incident. A l'examen on constate un utérus dont le volume correspond bien à une grossesse d'environ 4 mois. L'abdomen est très volumineux. Il contient manifestement une importante collection liquide, et le diagnostic d'ascite est porté, l'examen des autres organes est négatif.

Une ponction exploratrice donne issue à un liquide opaque, très riche en albumine; dans lequel l'examen microscopique permet de retrouver de nombreux bacilles de Koch. Du liquide est injecté à un cobaye; coagulum fibrineux de 10 centimètres cubes de liquide injecté dans l'aîne gauche. Le cobaye meurt 4 mois après. A l'autopsie, deux ganglions caséux au point d'inoculation; foie parsemé de tubercules; rate, tubercules sur le bord supérieur et sur la partie inférieure de sa face antérieure, poumons farcis de tubercules; ganglions fibreux dans le médiastin.

(1) Publiée par MM. LANTUEJOL et CARTIER (Gynécologie et Obstétrique T. XV. Janvier 1927).

Une laparotomie exploratrice est décidée par M. le professeur Brindeau, dès que la ponction eut été faite et sans attendre les résultats de l'inoculation au cobaye.

Incision haute, un tiers au-dessus, deux tiers au-dessous de l'ombilic. On arrive dans la cavité péritonéale qui ne contient pas de liquide. Le doigt tombe sur une poche flasque qui est un kyste de l'ovaire. La poche envahit toute la cavité péritonéale en s'insinuant principalement au niveau de la base du thorax. On ponctionne le kyste et on retire environ 10 litres de liquide couleur vert brun. On l'extériorise très facilement. Le pédicule est large comme quatre doigts environ, aplati, tordu dans le sens des aiguilles d'une montre à 45°. Section du pédicule et suture. Les annexes gauches sont normales, l'ovaire gauche contient un corps jaune. Suites très simples. La femme revint à Tarnier accoucher à terme d'un garçon pesant 3.440 grammes. L'accouchement fut spontané et les suites parfaites. Trois ans après son accouchement la femme se portait très bien et ne présentait rien de particulier.

Notons le grand intérêt de cette observation qui nous apporte plusieurs enseignements.

En premier lieu, la difficulté du diagnostic entre ce kyste ovarien volumineux et flasque et l'ascite. En effet le diagnostic de kyste de l'ovaire avait été posé et éliminé en faveur de l'ascite.

En second lieu, la nature tuberculeuse du liquide kystique, qui est rare; et surtout, fait encore plus rare, ce kyste à liquide tuberculeux semble être une infection primitive puisqu'on ne peut déceler aucun autre foyer tuberculeux chez cette femme.

Enfin, notons à l'intervention, la largeur du pédicule de ces kystes ovariens, sillonné de vaisseaux et nécessitant une suture soigneuse.

Cette difficulté du diagnostic entre kyste ovarien volumineux et ascite est bien connue. Le Dr LANTUE-

JOUL en apporte un autre cas peu de temps avant l'observation di-dessus: de même que le Prof. PINARD cité par BERNARD dans sa thèse de 1920.

Le kyste peut être pris pour un fibrome.

Lorsque le kyste au lieu d'être flasque est rénitent, et paraît dur à la palpation, ce qui arrive en cas de kystes dermoïdes, de certains kystes multiloculaires, surtout aréolaires, l'erreur peut être commise de prendre le kyste pour un fibrome.

Sans doute, l'absence de sillon séparant le fibrome de l'utérus gravide,

la transmission à celui-ci des mouvements imprimés à l'utérus,

la consistance ferme du fibrome,

sa contractilité synchrone de celle de l'utérus sont autant de signes distinctifs.

En pratique, lorsqu'il s'agit d'un volumineux fibrome pédiculé et ayant pris part au ramollissement que la gravidité impose à l'arbre génital, et que le kyste est également volumineux et dur, le tableau clinique est très voisin, si l'on tient compte de la difficulté qu'il y a à déceler les signes distinctifs dans cet abdomen volumineux, où l'on sait que notoirement évolue une grossesse, l'absence de fluctuation, et de tous signes de kyste ovarien feraient penser plutôt au fibrome: le plus souvent le diagnostic reste hésitant, et ne peut être tranché que par une laparotomie exploratrice.

BERNARD dans sa thèse disait que l'erreur était importante car on opère un kyste, mais on n'opère pas un fibrome lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte, à moins d'urgence.

Cependant de nombreux cas de myomectomie dans ces conditions ont permis à la femme de mener à terme leur grossesse, ce qui restreint l'importance de cette erreur de diagnostic et permet, suivant les cas, ou l'intervention ou l'expectative.

Nous citerons une observation de SPENCER WELLS dans laquelle le diagnostic, hésitant entre kyste ovarien ou fibrome, s'est révélé à l'autopsie comme un volumineux kyste qui s'était rompu.

OBSERVATION XII.

Le 16 janvier, je voyais une dame de 24 ans, mariée depuis 9 mois, 2 ou 3 mois après son mariage, les règles cessèrent; elle grossit et se crut enceinte.

- Après une longue promenade en voiture, le 20 novembre elle fut prise de douleurs intenses; son médecin déclara que l'avortement était imminent, mais constata que les symptômes étaient ceux d'une péritonite; que l'abdomen était très distendu et qu'il renfermait une tumeur de la grosseur d'un utérus à terme, l'aréole du mamelon n'était pas foncée, et il n'y avait aucun signe de grossesse.

Le lendemain un accoucheur vint la voir et ne put découvrir aucun signe de grossesse. Les symptômes aigus cédèrent et le 23 novembre, il y eut une consultation de plusieurs médecins et accoucheurs.

Son médecin habituel, tout en exprimant quelques doutes, croyait à une grossesse, en raison de l'état de ramollissement du col qui se rencontre bien rarement chez les jeunes femmes en dehors de la grossesse.

Il racontait qu'il avait vu la malade en 1865, qui lui avait dit que 5 ans auparavant, à la suite d'un refroidissement, elle avait ressenti des douleurs suivies d'une augmentation de volume de la région inguinale gauche.

En 1865, on constatait une tumeur irrégulière, nodulaire et mobile, non fluctuante remontant presque jusqu'à l'ombilic, et à gauche jusqu'aux fausses côtes, il la regarda comme probablement ovarienne et considéra qu'elle ne

s'était pas beaucoup accrue depuis, mais qu'elle venait se compliquer d'une grossesse.

Après ces consultations l'état de la malade s'améliora, et malgré quelques signes de péritonite, elle put se lever.

L'abdomen augmenta graduellement de volume et, quand je vis la malade, je pus *délimiter trois tumeurs ou plutôt trois parties d'une même tumeur*.

Une centrale remontant jusqu'à la moitié de l'ombilic; une à gauche, dépassant l'ombilic de plusieurs centimètres; une à droite, atteignant les fausses côtes.

La tumeur centrale donnait l'impression d'un utérus grévde.

Les tumeurs latérales n'étaient pas fluctuantes, mais paraissaient plus molles qu'un fibrome. Le col utérin était ramolli et diminué de longueur, donc grossesse probable, mais pas de bruits du cœur fœtal.

A gauche du col, tumeur dure, nodulée, faisant corps avec l'utérus, c'était un fibrome utérin; je dessinaï sur un diagramme où je faisais voir ce que j'avais constaté et ce qui m'avait conduit au diagnostic de grossesse, coïncidant avec un petit fibrome du corps et deux tumeurs volumineuses plus molles qui pouvaient être utérines ou ovariennes.

On posa le problème de l'opportunité de l'avortement, mais on décida cependant d'attendre.

15 jours après, on entendait les bruits du cœur du fœtus.

Le 8 février, à 4 heures du matin, après s'être bien trouvée la veille, la malade se plaignit d'une grande douleur dans le ventre, toussa, tomba sur le dos, et mourut subitement.

Il s'agissait d'un kyste volumineux de l'ovaire qui s'était rompu.

On peut donc voir d'après cette observation, la difficulté du diagnostic entre le fibrome et le kyste ovarien; dans ces cas en effet il est souvent impossible de trancher soit en faveur d'une tumeur utérine ou d'une tumeur ovarienne. Néanmoins ce sont

des cas rares, lorsqu'il s'agit de kystes volumineux, et qui se posent surtout en cas de kystes de moyen volume.

Le kyste peut être pris pour une hydronéphrose.

Moins fréquemment encore on aura à prendre le kyste ovarien pour une hydronéphrose fermée et volumineuse, et c'est souvent à l'occasion de crises douloureuses, lorsque la malade n'ayant pas été suivie auparavant, vient consulter, étant enceinte de plusieurs mois.

On trouve une masse fluctuante localisée surtout à un hypochondre; il est difficile de trouver l'absence de contact lombaire et de mobilité respiratoire qui caractérisent une telle tumeur, et, devant les symptômes douloureux, on pense à une hydronéphrose, surtout si la malade, porteuse d'un kyste antérieur à sa grossesse se plaignait déjà de crises douloureuses auxquelles on peut donner une origine rénale dont on connaît la fréquence des lésions au cours de la grossesse.

Le kyste ovarien peut être pris pour un kyste hydratique de face inférieure du foie.

Il s'agit alors d'un kyste volumineux de l'ovaire droit et remontant jusqu'à sa face inférieure.

On sait la difficulté de diagnostic du kyste hydratique, on connaît également celle du kyste ovarien, dans certains cas.

Aussi la méprise ne semble-t-elle pas étonnante.

lorsqu'en présence d'une tumeur douloureuse, fluctuante, ayant augmenté progressivement, occupant tout le flanc droit, remontant jusque sur la face inférieure hépatique; que les symptômes antérieurs à la grossesse aient été un peu atypiques, n'orientant pas vers la sphère génitale, on songe dans ces cas au kyste hydatique du foie.

L'observation de BERNARD, suivante, vient illustrer cette difficulté du diagnostic.

OBSERVATION XIII.

M^{me} N... 40 ans, couturière, réglée à 16 ans. VI^e pare. Gestation actuelle 18-22 juillet. Cette femme souffre depuis 4 ans de douleurs dans le côté droit.

Depuis 5 ou 6 mois elle éprouve du dégoût des aliments gras et a des crises de prurit.

A l'examen, utérus développé comme 5 mois et incliné à gauche.

Dans l'hypocondre droit, une grosse tumeur peu rénitente, fluctuante, semblant continuer la face inférieure du foie.

On pense à un volumineux kyste de la face inférieure du foie.

Opérée au 6^e mois de sa gestation, il s'agissait d'un volumineux kyste de l'ovaire droit.

Enfin il n'est pas jusqu'à une vessie distendue que le kyste n'ait donné lieu. Cette erreur d'ailleurs est facile à contrôler et le cathétérisme vésical, tranche rapidement la question.

L'observation suivante n'est pas rare, elle se voit d'ailleurs dans le cas inverse où l'on a pris une vessie distendue pour un kyste ovarien.

OBSERVATION XIII. in thèse BERNARD.

M^{me} G. A... 1^{re} parc.

Ne consulte pas pendant toute la durée de la grossesse, elle vient avec un début de travail, l'abdomen est de volume exagéré, présentant 2 saillies.

A gauche, 1 saillie ovoïde paraissant être l'utérus et mesurant 43 centimètres.

A droite et sur la ligne médiane, une deuxième saillie dépassant l'ombilic de 5 centimètres.

Au palper la saillie gauche est bien l'utérus, à droite, masse fluctuante, liquide et très tendue.

On pense à une vessie distendue, trois cathétérismes ne ramènent rien.

On pense alors à une tumeur kystique que l'on ponctionne, après quoi, l'accouchement se fait normalement.

* * *

Ainsi, en résumé, nous avons vu que le diagnostic de certains kystes de l'ovaire volumineux, coexistant avec une grossesse pouvait être très délicat et que des erreurs importantes pouvaient être commises.

Nous avons vu que la grossesse pouvait être méconnue :

Soit à son début;

Soit lorsque, plus avancée, le fœtus est mort, ou bien lorsqu'il s'agit de kyste extrêmement développé.

C'est à coup sûr l'erreur la plus importante, car elle est grosse de conséquences, tant au point de vue de la conduite à tenir, que des conséquences médico-légales qu'elle peut entraîner.

Ce qui nous permet d'apprécier les services que viennent nous rendre les réactions biologiques de la grossesse, notamment la réaction d'INGLAIS, tout

à fait au point actuellement et sur les résultats de laquelle on peut compter.

Le kyste peut être également méconnu, lorsque la grossesse est évidente, et paraît pathologique.

Rarement le kyste a pu être près pour une grossesse.

Beaucoup plus souvent on a songé à une grossesse avec hydramnios.

Enfin le diagnostic de grossesse gémellaire a pu être posé.

Enfin lorsque la grossesse a été reconnue, et à côté d'elle une tumeur, on a pu méconnaître la véritable nature de cette tumeur, et c'est ainsi que l'on a pris le kyste ovarien pour une ascite, pour un fibrome, pour une hydronéphrose, et même pour une vessie distendue.

La difficulté vient souvent de ce fait que l'on est mis en présence d'une tumeur volumineuse existant avec une grossesse avancée, chez une femme que l'on n'avait pas suivie antérieurement, et souvent l'interrogatoire n'est pas suffisant pour permettre de faire un diagnostic rétrospectif de l'affection antérieure.

D'ailleurs, ces cas sont beaucoup moins fréquents actuellement, depuis qu'existent des consultations nombreuses de femmes en gestation où on peut les suivre du début à la fin de la grossesse; et, telle tumeur qui au 2^e mois de la grossesse pouvait donner lieu à un diagnostic difficile, mais dont on suit l'évolution, notamment l'accroissement rapide qui a lieu fréquemment au 4^e ou 5^e mois de la gestation, peut être dans ces conditions plus facilement diagnostiquée, et nous met ainsi dans les

meilleures conditions pour choisir de la conduite à tenir.

Citons, comme exemple, cette femme porteuse d'un kyste ovarique qui, peu volumineux au début, et ayant donné lieu à cette époque à une erreur de diagnostic, a été suivie à la Maison Maternelle Nationale.

OBSERVATION XIV.

M^{me} D..., 33 ans, 1^{re} pose.

Dernières règles, fin décembre 1932, vient à la consultation au mois de février, utérus gravide de 2 mois environ.

Au palper on perçoit, à droite de l'utérus une petite tumeur, de la grosseur d'un poing environ, séparée de l'utérus mais de consistance ferme. Au toucher cette tumeur paraît suivre les mouvements imprimés à l'utérus. Le diagnostic reste en suspens. On tendrait plutôt à croire à un fibrome.

Jusqu'au 4^e mois, cette tumeur a subi un très léger accroissement, lorsque brusquement à partir de cette période son ventre s'est mis à grossir dans des proportions importantes, à l'examen on constate l'utérus gravide typique coexistant avec une autre tumeur volumineuse fluctuante, située en avant et à droite du kyste, en binocle.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire, devant ces symptômes est porté.

On attend le voisinage du terme pour intervenir. Opérée le 22 août. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire droit, avec large pédicule.

Césarienne haute, avant tout début de travail. Enfant vivant, 3.250 grammes. Suites normales.

CONCLUSIONS

De l'étude précédente nous pouvons conclure que si dans la majorité des cas le diagnostic de la coexistence des kystes volumineux de l'ovaire avec la grossesse peut être fait facilement, dans d'autres cas la difficulté peut être extrêmement grande et souvent cliniquement impossible.

Devant cet abdomen distendu, la question majeure que l'on doit se poser est : « Y a-t-il ou non une grossesse ? »

On conçoit que cette coexistence entraîne une sanction thérapeutique différente suivant le cas; et le diagnostic fait précocement, peut permettre une ovariectomie précoce, permettant de continuer la grossesse jusqu'à son terme.

D'autre part la méconnaissance de celle-ci peut faire intervenir à une période avancée et compromettre ainsi la vie du fœtus.

On comprend donc la nécessité d'un diagnostic exact et précoce, qui, si cliniquement il est difficile, nous est facilement assuré actuellement par les réactions biologiques de la grossesse.

Vu : le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : le Président,
BRINDEAU.

Vu et Permis d'imprimer :
le Recteur, Université de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie de Paris, novembre 1904.
- ALVRES PINTO. — Thèse Paris, 1918.
- BAR. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie, mai 1902.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements, tome II.
- BERNARD (Charles). — Thèse Paris, 1920.
- DELBET. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie de Paris, janvier 1907.
- DUNELIN et SCHWAT. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie de Paris, 1900.
- DSIRNE. — Ovariectomie pendant la grossesse (Arch. f. Gynack., XLII, 31, 1892).
- FABRE et BOURRET. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie de Paris, juin 1908-novembre 1911.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEZ. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- GUENIOT. — Gazette des Hôpitaux, 1872.
- HERGOTT. — Accouchement et kyste de l'ovaire. Annales de gynécologie, 1886.
- JEANNIN. — Tumeur végétante de l'ovaire. Société d'Obstétrique, Paris, novembre 1909.
- LANTUÉJOUL et CARTIER. — Gynécologie et obstétrique, t. XV, n° 1, janvier 1927.
- LÉVY (Suzanne). — Thèse Paris, 1920.
- MALASSEZ et DE SINETEZ. — Kyste de l'ovaire (Archives de Physiologie, 1881).

- MAYO ROBSON. — Quelques rapports de la grossesse et de la Chirurgie Brit. Med. J., avril 1898.
- MOUCHOTTE. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie, mai 1907.
- OUI. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie de Paris, 1912.
- PINARD et SECOND. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie, mars 1900.
- PINARD. — Société d'Obstétrique et gynécologie de Paris, 2 mars 1900-4 mai 1900.
- REINIG. — Grossesse compliquée de kyste de l'ovaire. Thèse Paris, agrégation, 1886.
- SPENCER WELLS. — Tumeur de l'ovaire et de l'utérus. Traduction Rodet.
- VAUVERTS. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie de Paris, 1912.
- WALLICH et MOUCHOTTE. — Bulletin Société d'Obstétrique et gynécologie de Paris, 1917.
- WIESER HOLMES. — Surgerg. Gynecology and Obstetric, novembre 1919.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT (Cl.). 217.6.34.
